

Le cancer de la langue

(Etude anatomo-clinique, méthodes actuelles de traitement)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

Jean-Charalambos PAPIRAKIS
de IRAKLION (Grèce)

THÈSE N° 2507

GENÈVE
COOPÉRATIVE D'IMPRIMERIE
1957



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552305_0085

Le cancer de la langue

(Etude anatomo-clinique, méthodes actuelles de traitement)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Charalambos PAPIRAKIS

de IRAKLION (Grèce)

THÈSE N° 2507



GENÈVE
COOPÉRATIVE D'IMPRIMERIE
1957

La Faculté de médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur A. MONTANDON, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 15 juillet 1957.

Le doyen : Eric MARTIN.

Thèse N° 2507

Nous tenons à exprimer ici notre vive reconnaissance à Monsieur le Professeur André Montandon pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nos vifs remerciements vont également au Docteur Rauch Sigurd, chef de la clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie qui a bien voulu accepter la direction de notre thèse ainsi qu'au Docteur Jacques Fumeaux qui nous a aidé de ses précieux conseils dans l'élaboration de ce travail.

A mes parents

A Georges

I. INTRODUCTION

Le cancer de la langue est une tumeur d'évolution particulièrement maligne, du fait de l'abondance des voies lymphatiques et de la relative précocité des métastases ganglionnaires régionales (présentes dans un quart des cas à la première consultation déjà).

Aussi les succès thérapeutiques évalués par une survie de plus de 5 années ne dépassent-ils pas ou guère 25 % en moyenne.

Nous passerons en revue les signes, d'ailleurs limités, qui permettent de soupçonner l'existence d'un cancer de la langue dont la nature n'est fournie que par la biopsie, qui doit être pratiquée dans tous les cas.

Le pronostic dépend d'une part du siège de la tumeur, qui est également déterminant dans le choix de la méthode thérapeutique ; et d'autre part, par le stade d'évolution de la lésion, indiqué par ses dimensions et le degré d'envahissement ganglionnaire. Les chances de guérison diminuent dans de fortes proportions, tombant de 30 % à 10 % selon que la tumeur est située sur la partie antérieure de l'organe et n'a pas encore disséminé de métastases ganglionnaires, ou qu'elle est postérieure et a déjà subi la dissémination. Le cancer de la langue dans certaines de ses formes peut être atteint par voie chirurgicale et excisé : directement pour les tumeurs limitées du tiers antérieur ou marginales du tiers moyen de la langue, par pharyngotomie latérale transmaxillaire pour les cancers envahissants de la base de la langue.

L'évidement ganglionnaire de la région cervicale et sous-mentale peut être pratiqué d'emblée, vu la fréquence des adénopathies cancéreuses même en l'absence d'hypertrophie ganglionnaire manifeste. Il peut aussi n'être pratiqué que lorsqu'apparaissent les hypertrophies ganglionnaires qui ne sont d'ailleurs pas toujours de nature cancéreuse, vu la fréquence de la surinfection du cancer ulcéreux de la langue.

Le cancer spinocellulaire de la langue étant radiosensible, le radiologue dispose d'une arme efficace en la curiepointure ou implantation d'aiguilles radioactives en palissade dans la tumeur primitive. C'est actuellement la méthode de choix qui permet d'ob-

tenir des résultats supérieurs de quelques unités % sur la méthode chirurgicale ou röntgenthérapique.

La télécuriethérapie est aussi pratiquée, mais elle exige de beaucoup plus fortes quantités de radium, se chiffrant par grammes.

Le radium peut aussi être appliqué au moyen de moules individuels.

La röntgenthérapie peut-elle aussi être administrée par voie buccale, grâce à des tubes coudés ou coniques et la télé-röntgenthérapie atteint la tumeur par des champs latéraux et sous-mentaux.

Cette dernière méthode est aussi souvent employée en cas de métastases ganglionnaires adhérentes qui ne peuvent être excisées chirurgicalement.

L'irradiation est d'ailleurs souvent combinée à la chirurgie et la téléirradiation à la curiepointure, mais non sans que de ce dosage élevé résulte le risque de provoquer des radionécroses qui peuvent atteindre l'os maxillaire qui s'éliminera sous forme de séquestres, en laissant parfois persister des fistules gênantes.

Autant de problèmes que nous passerons en revue avant de présenter une série de cas de cancer de la langue traités à la clinique oto-rhino-laryngologique de Genève.

II. RAPPEL ANATOMIQUE

Pour les anatomistes L. TESTUT (29) et H. ROUVIERE (30), la langue est un organe musculeux et très mobile logé dans l'espace parabolique que circonscrivent les arcades dentaires. Elle n'est pas seulement l'organe essentiel du goût, elle joue encore un rôle dans la mastication, la déglutition, la succion et la phonation.

A l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs se voient les papilles caliciformes, disposées en forme de V : c'est le V lingual.

La langue possède dix-sept muscles que nous résumons dans le tableau suivant :

A. M. Extrinsicques	naissant des os voisins	génio-glosse 2 hyo-glosse 2 stylo-glosse 2
	naissant des organes voisins	palato-glosse 2 Pharyngo-glosse . . . 2 Amygdalo-glosse . . 2
	naissant à la fois des os et des organes voisins	Lingual supérieur . 1 Lingual inférieur . 2
B. M. Intrinsèque		Transverse. 2

Le corps musculaire de la langue est enveloppé par une muqueuse de type pavimenteux qui présente des élevures appelées papilles.

Vaisseaux et nerfs de la langue :

Les artères proviennent de la linguale, de la palatine inférieure et de la pharyngienne inférieure, branches de la carotide externe.

Les veines s'y réunissent en un tronc commun, la veine linguale, laquelle se jette dans la jugulaire interne

Les lymphatiques de la pointe de la langue se rendent aux ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires ; ceux du corps et de la base vont à la chaîne jugulaire interne.

Les nerfs de la langue viennent du grand hypoglosse, du lingual et du glosso-pharyngien.

III. FACTEURS ETIOLOGIQUES

Fréquence

S'il représente le 21 % de l'ensemble des lésions buccales au dire de DOULAN (1), et bien que CADE (2) l'ait rencotré 365 fois sur 550 cancers de la cavité buccale, le cancer de la langue est cependant peu fréquent, ne totalisant que 1 % selon RHANSEN et SAYAGO (3), 2 à 3 % selon BARRIDGE et JAMES (4) de tous les cancers.

En Angleterre et en Ecosse, il ne meurt que 1000 personnes par an de cancer de la langue, et il n'y aurait dans les mêmes pays que 75 porteurs de ca de la langue sur 1.000.000 de personnes vivantes.

Age

Il atteint surtout des sujets âgés de 50 à 60 ans, en particulier les dernières années avant et les premières années qui suivent l'âge de 60 ans.

Sexe

Le cancer atteint surtout les hommes, dans une proportion variant de 87 % pour MARTIN & Coll. (5), 80 % pour RICHARD & Coll. (6), 79,5 % pour SIMPSON (7), 78,6 % pour ELKINS (8), 74 % selon BERRIDGE et JAMES (4) à 40 % en Suède, selon SIR STANFORD CADE (9).

Outre le facteur hormonal qui joue probablement un rôle bien qu'on n'ait pu en fournir une preuve, il en est d'autres qui probablement contribuent aussi à cette prédominance chez le sexe fort : nous voulons parler de la syphilis, du tabagisme.

L'irritation mécanique joue un rôle certain ; c'est ainsi qu'on rencontre fréquemment un cancer de la langue qui siège en face d'un chicot ou d'une dent avariée (16 % des cas dans la statistique de RAHANSEN & SAYAGO (3). C'est encore parfois une prothèse qui irrite mécaniquement la muqueuse linguale, et LAIN, ULLMANN, REINHARDT, HOLLANDER, REED, ROOME, DAHLOGEY et QUICK (10), ont démontré que le bimétallisme des prothèses peut provoquer un courant galvanique susceptible d'entretenir une irritation chronique de la muqueuse qui serait à l'origine de leucoplasies, celles-ci d'après LAIN, disparaissent dans 56 % des cas, lorsqu'on remplace un des appareils métalliques par le même métal que l'autre.

On n'a pas toutefois d'observation probante de la dégénérescence de ces leucoplasies « électrogalvaniques » en cancer.

Les rayons X sont à l'origine d'états kératogénétiques ou métaplasiques de la muqueuse qui représentent une étape vers la malignité.

La syphilis est indéniablement très fréquente dans les cas de cancer de la langue, et LEVINE (11) la rencontre 5 fois plus souvent avec des cancers de la langue que dans tout autre cancer, KAPLAN (12) la rencontre dans 41 % des cas, SHREIMER & BROWN (13) dans 40 % des cas, BEESON (14) dans 35 % des cas, ELKINS (8) dans 24,5 % des cas alors qu'elle existe dans le même hôpital de Iowa City chez 2 % de toutes admissions, et que le pourcentage des guérisons qui est de 25 % en général s'abaisse dans les cas qui en sont entachés à 8 %. RAHANSEN a trouvé un Wa positif dans 30 % des

cas de cancer de la langue. C'est dire sans plus que son rôle favorisante est indubitable.

La leucoplasie (qui n'est pas toujours d'origine syphilitique) est aussi une lésion prédisposant à la dégénérescence cancéreuse. SARASIN (15) l'a rencontrée 20 fois sur 30 cas de cancérisations successives en des points indépendants.

Le tabagisme n'a pas un rôle aussi certain, et KHANOLKAR (16) affirme que l'avitaminose B primitive est nécessaire pour que la muqueuse soit en état de réceptivité à l'égard de l'irritation de nature chimique du tabac.

L'alcoolisme agirait aussi par l'intermédiaire de l'avitaminose B₁ qu'il provoque, à la faveur de la gastrite et des troubles de la résorption intestinale.

Citons en outre, parmi les *facteurs chimiques* qui peuvent jouer un rôle dans la genèse des carcinomes de la langue, l'ammoniaque, le chrome, l'arsenic, l'aniline.

IV. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La lésion cancéreuse se présente soit comme un ulcère irrégulier, à base indurée, qui peut rester longtemps indolore, soit comme une petite tumeur végétante, bourgeonnante. L'épithéliome plan intersticiel est rare.

Siège :

	tiers antérieur	
1) <i>bord de la langue</i>	tiers moyen	58-60 % des cas
	tiers postérieur	(siège le plus fréquent)
2) <i>base de la langue</i>	21-33 %	
3) <i>pointe et dos</i>	2-20 %	

Le siège est important à préciser : il commande le pronostic et la méthode de traitement (voir ces chapitres).

Regaud classe les cancers de la langue en :

dorso-linguaux antérieurs (en avant du V lingual)
infra-linguaux (en contact avec le plancher buccal)
dorso-linguaux postérieurs (en arrière du V lingual)
cancers de la portion fixe
cancers de la base.

Voici, indiquée par BERRIDGE & JAMES (4), la dimension moyenne de la lésion selon son siège :

pointe : 2,1 cm.

dos : 2,8 cm.

base : 3,6 cm.

BAUD (17) classe les lésions primaires, d'après leur dimension en 4 stades, à savoir (le chiffre entre parenthèse indique le nombre de cas observés sur 1055 cas traités à la Fondation Curie de 1919 à 1941).

stade I lésion de 2 cm. de diamètre (146)

stade II lésions de 2-3 cm. de diamètre (369)

stade III lésions de 3-4 cm. de diamètre, dépassant la ligne médiane, gênant la protraction de la langue (380)

stade IV lésion de plus de 4 cm. envahissant le plancher de la bouche ou les piliers, la langue étant plus ou moins fixée (153).

On constate que le chirurgien est malheureusement rarement consulté au début.

La propagation du cancer de la langue se fait par continuité vers l'arrière : le long des muscles antéro-postérieurs dorso-linguaux, vers les piliers du voile (muscles staphylo-glosses) ; des muscles infra-linguaux vers le plancher buccal (muscles génio- et hypo-glosses) ; des muscles dorso-linguaux postérieurs vers les piliers postérieurs du voile et le pharynx (muscles pharyngo-glosses) (TAILHEFER) (18). Les gencives, le maxillaire inférieur peuvent aussi être atteints par propagation directe.

La propagation lymphatique se fait vers la chaîne carotidienne supérieure, les chaînes sous-maxillaire et sous-mentale, les chaînes sus-claviculaire, spinale. Elle est unilatérale sauf dans 6 % des cas, lorsque la lésion primitive est unilatérale ; bilatérale dans 32 % des cas lorsque la lésion primitive est en contact avec la ligne médiane ou la dépasse.

D'après MARTIN, le ganglion cervical supérieur est le siège de métastases dans 55 % des cas, le triangle sous maxillaire dans

15 % des cas, et la région moyenne du cou dans 7 % des cas. Les métastases sont bilatérales dans 25 % des cas. Les métastases sont déjà présentes à l'admission ou à la première consultation dans 35 % des cas selon MARTIN, 36,5 % selon ELKINS (8), 38 % selon RICHARDS et 40 % selon BERRIDGE et JAMES (4), qui en observèrent 54 % dans les cancers de la base.

Les cancers de la langue et du tiers postérieur ont des métastases plus précocement que les autres régions de la langue.

Le cancer de la langue est souvent surinfecté et il arrive fréquemment que les ganglions qu'on palpe ne contiennent pas de cellules cancéreuses mais soient des ganglions infectés. DARGENT et PAPILLON (19) sur 90 cas en trouvèrent 57 présentant des adénopathies palpables, 13 cas des adénopathies malignes et 20 pas d'adénopathies. Dans une autre série de 42 malades dont 11 ne présentaient pas d'adénopathies, 22 seulement sur 31 adénopathies palpables contenaient des cellules cancéreuses. Pour TAILHEFER (18) 34 % des adénopathies, palpables sont inflammatoires. Il existerait aussi une atteinte ganglionnaire latente dans 43 % des cas ou on ne palpe pas de ganglions, selon le même auteur. Si les adénopathies apparaissent habituellement de 6 à 10 mois après la révélation du processus malin au niveau de la muqueuse, il en est qui précèdent l'apparition d'une lésion muqueuse.

Du point de vue des métastases. J. BAUD (17) distingue 4 stades:

- stade I pas de métastases ganglionnaires évidentes
- stade II métastases ganglionnaires cliniques mobiles de 2-3 cm.
- stade III ganglions plus grands et plus adhérents
- stade IV ganglions de plus de 4 cm. adhérents à la peau.

Il va de soi que ces divers stades ont un pronostic très différent, comme on le verra dans le chapitre qui concerne le pronostic.

La propagation par voie veineuse et la généralisation est très exceptionnelle.

Histologie pathologique

Le cancer de la langue est le plus communément un épithélioma pavimenteux à cellules squameuses, spinocellulaires, plus rarement basocellulaires. Exceptionnellement il peut s'agir d'un lymphosarcome, d'un lympho-épithéliome, même d'un sarcome.

Le type cellulaire de la tumeur n'a pas une grande valeur pronostique.

V. SYMPTOMATOLOGIE

BERRIDGE et JAMES (4) donnent comme durée moyenne écoulée avant le début du traitement 4 mois et demi. Cela laisse supposer que le malade ne vient pas consulter beaucoup avant. La lésion peut se présenter au stade de leucoplasie qui est très suspecte de transformation cancéreuse lorsqu'elle s'épaissit ou s'ulcère. Parfois elle s'exfolie ou se fendille.

Elle n'est à ce stade pas encore douloureuse.

A la période d'état on est le plus souvent en face d'une ulcération à bords élevés indurés, à fond bourgeonnant, saignant, la base est indurée. Il faut en préciser l'étendue, les limites, les rapports avec la lignes médiane. L'infiltration musculaire provoque de la gêne à la déglutition, à la parole, de la protraction de la langue.

Le palper perçoit souvent en profondeur une tumeur ovoïde. Il se peut aussi que le premier symptôme soit une hémorragie. Les ganglions cervicaux qui doivent être recherchés avec soin sont au début seulement hypertrophiés, mobiles, puis ils deviennent adhérents en profonds et à la peau, à laquelle ils finissent par s'ulcérer. La lésion qui se surinfecte facilement dégage une odeur putride. Les mutilations peuvent être très étendues. La cachexie, les hémorragies complètent le tableau au stade terminal avec des douleurs locales et métastatiques, il va de soi.

VI. DIAGNOSTIC

Il se fait au moyen de la vue, de la palpation, de la radiographie et de la biopsie enfin.

Nous avons déjà décrit les aspects les plus habituels de la lésion.

Le diagnostic différentiel est à poser avec :

un papillome, en face d'une élevation de la pointe, la glossite marginale exfoliatrice ou losangique médiane des aphtes ou de l'herpes

lorsqu'on se trouve en présence d'ulcérations douloureuses à bords cycliques, un ulcère tuberculeux à bords décollés, une gomme ou un chancre syphilitique, sporotrichose, actinomycose.

Le cancer doit être suspecté lors de toute lésion ulcéreuse qui ne guérit pas spontanément en 15 jours.

La lésion doit toujours être excisée pour biopsie, et profondément, sous anesthésie locale.

Les ganglions cervicaux ou sous-maxillaires doivent aussi être biopsés éventuellement par drill-biopsie selon la technique de Redon. FINZI (20) insiste sur la valeur diagnostique des rayons X surtout pour les lésions de types ulcéreux infiltratif siégeant à la limite de la base de la langue et des valécules. DIAMANT et HAMBERGER (21) qui ont mis en évidence dans plusieurs pièces d'autopsie des anastomoses entre les artères linguales recommandent l'injection d'une substance de contraste pour éviter une hémorragie en dépit de la ligature de l'artère carotide interne d'un côté.

VII. PRONOSTIC

Plus que du type cellulaire (mis à part le sarcome qui est d'un aussi mauvais pronostic qu'il est rare) le pronostic dépend de l'âge, du sexe, du siège, de la dimension de la tumeur, et enfin du stade d'évolution des métastases ganglionnaires.

L'âge :

Il faut noter l'extrême gravité du ca de la langue avant 40 ans : un cas sur 5 guérit seulement, selon Dargent et LONG TAN TRUONG (22).

Le sexe :

RUSSET (23) a constaté sur un ensemble de 673 cas traités par implantation d'aiguilles de radium au Christie Hospital et au Holt Radium Institute, à Manchester, avec curage des ganglions cervicaux, que le cancer de la langue est d'un bien meilleur pronostic chez les femmes que chez l'homme, comme en font foi ces chiffres :

	hommes	femmes
Survie de 10 ans	13 %	31 %
Mortalité post-opératoire	15 %	4 %
Récidives de la lésion primitive	41 %	21 %
Développement de ganglions	60 %	47 %

Un facteur hormonal, la fréquence de la syphilis et l'hygiène buccale peuvent peut-être expliquer ces différences marquées.

Le siège de la lésion

Le pronostic est d'autant plus mauvais que la lésion est située plus en arrière.

Survie après 5 ans

Baud (17) Lampe (24) Berven (25) Cade (2)

Lésion des 2/3

antérieurs	21 %	50 %	30 %	47 %	25 %
Lésion de la base	10 %	10 %	12 %	18 %	18 %

DARGENT et LONG TAN TRUONG (22) constatent en outre la plus grande fréquence des métastases avec le siège postérieur

base	68 %
tiers moyen	52 %
tiers antérieur	48 %

La dimension de la lésion joue un rôle également, étant fonction de son âge.

BAUD (17) observe sur une grande série 40-50 % des guérisons pour des lésions de 2 cm. de diamètre, 17-22 % pour celles de 2-3 cm. et aucune pour celles qui dépassent 3 cm.

DARGENT et PAPILLON (19) publient des taux de survie de 5 ans chez 41 % des sujets porteurs de tumeurs de moins de 2 cm., taux qui tombe à 9 % quand il s'agit de tumeurs de plus de 3 cm.

Le stade d'évolution des ganglions métastatiques, reste le facteur principal du pronostic :

Voici les pourcentages de guérison après 5 ans aux divers stades d'envahissement, selon divers auteurs :

	Brevent (25)	Elkins (8)	St. Cade (2)
sans métastases	54 %	36 %	33 %
avec métastases	2 %	5,5 %	9,2 %

On classe habituellement les cancers de la langue en stades successifs, étant entendu que le stade I correspond aux lésions localisées,

le stade II aux tumeurs avec invasion régionale sans métastases ganglionnaires, le stade III aux tumeurs avec métastases ganglionnaires, le stade IV avec métastases éloignées.

Voici, selon ce principe de classification, les résultats obtenus par les auteurs suivants :

Survie après 5 ans

	Butlin (8)	Livingstone (8)	Harnett (8)	Baud (17)
stade I	51 %	71 %	30,7 %	14-31 %
stade II	31 %	32 %	23,8 %	10-15 %
stade III	11 %	20 %	6,2 %	0 %
stade IV	2 %	17 %	0 %	0 %

On aura remarqué immédiatement l'importance d'un diagnostic précoce et, pour le malade, d'aller consulter son médecin sans tarder, lorsqu'il éprouve la présence d'une tuméfaction sur la langue, même si elle n'est pas douloureuse. Tout retard, en ce domaine supprime des chances de guérison. Si les récidives locales sont traitables, celle des métastases ganglionnaires sont graves, sinon sans espoir.

VIII. TRAITEMENT

1. *Traitement chirurgical :*

Ses indications sont limitées à environ 7 % des cas (CADE) (2) et comprennent :

Les petites lésions du tiers antérieur, glossectomie partielle oblique, en enlevant 2 cm. de tissu sain autour de la lésion.

Les lésions marginales du tiers moyen de la langue si elles ne dépassent pas 3 cm. ; hémiglossectomie elliptique, en prenant soin de préserver l'hypoglosse pour éviter l'hémi-paralysie.

Tumeurs du dos du tiers antérieur : excision elliptique.

Les grosses tumeurs ne peuvent être excisées sans qu'il en résulte des troubles de la déglutition et de l'élocution.

Lésions étendues de la base de la langue, lésions envahissant le plancher de la bouche, les gencives ou le maxillaire, la paroi pharyngée ou la loge amygdalienne : opération de Comando (HAYES MARTIN, de New-York), par pharyngotomie latérale, dont la possibilité

fut déjà signalée par BILLROTH en 1861, par KRONLEIN en 1886 et qui fut pratiquée en 1884 par DOUGLAS J. H., SANDS, H.B. et SHRADY, G.F. pour un cancer de l'amygdale (cités par DARGENT et GIGUOX (26). L'opération nécessite la résection de l'angle et de la branche montante du maxillaire inférieur, avec désarticulation temporo-maxillaire ou section de la branche montante. Les ganglions de l'autre côté si l'envahissement est bilatéral. Les lésions qui ont auparavant résisté à une première irradiation sont aussi susceptibles d'une exérèse chirurgicale.

Technique opératoire :

- a) ligature de l'artère linguale ou de la carotide externe. parfois des deux carotides externes ;
- b) pour accéder au plancher de la bouche, il est nécessaire de rabattre la lèvre inférieure et la peau du menton vers la zone sous mentale ;
- c) la muqueuse et la peau doivent être suturées séparément ;
- d) l'exérèse de la tumeur se fait à l'aide du bistouri électrique, par électro-coagulation diathermique, qui a l'avantage de provoquer à distance l'oblitération des petits vaisseaux et lymphatiques. La production d'une escarre est naturelle : la cicatrisation est rapide.

Il peut se produire une hémorragie au moment de l'élimination de l'escarre au cours de la deuxième semaine. Les résultats de l'électrocoagulation fournis par DARGENT et PAPILLON (19) sont de 26 % guérisons de 5 ans. En outre, il n'y a pas de choc opératoire et les douleurs post-opératoires sont moindres par ce procédé.

Lors de la pharyngotomie, la trachéotomie est à pratiquer sitôt qu'il y a obstacle au passage de l'air. La canule peut être bouchée 3 jours après l'opération. L'alimentation se fait par sonde nasogastrique qui évite la mobilisation douloureuse de la langue et la souillure de la plaie opératoire, ainsi que des déchirures des sutures par les mouvements de déglutition. Le tube est laissé en place jusqu'à la guérison des sutures (10 jours). Le malade peut déjà se lever le soir de l'opération. Le lendemain, il se promènera matin et après-midi. Il se gargarisera 4 fois par jour avec une solution de peroxyde d'Hydrogène et se rincera la bouche avec de l'eau salée. Les antibiotiques ont diminué la mortalité opératoire (BERRIDGE et JAMES) (4).

2. *Implantation de radium :*

C'est la méthode de choix pour les tumeurs de la partie antérieure de la langue.

L'irradiation dévitalisant les tissus, une extraction dentaire après le traitement risque de provoquer une nécrose de l'os. Pour cette raison, les dents doivent être examinées avant le traitement et on extrait auparavant les dents cariées qui sont du côté de la lésion. L'implantation peut avoir lieu 10 jours après.

Depuis 1930, on dispose d'aiguilles de Platine, dont la paroi constitue un filtre de 0,5 mm. Elles ont 25,30 ou 35, même 50 mm. de longueur (ces dernières étant réservées au traitement de la base de la langue) et contiennent 2 cellules contenant 0,66 mgr. de radium. Élément placé à la suite l'un de l'autre dans la cavité de l'aiguille. La longueur active mesure 25 mm. soit 0,52 mgr. de radium par cm. de longueur. La pointe de chaque extrémité est inactive sur 0,5 cm. les aiguilles de 5 cm. contiennent 3 à 4 tubes de verre de radon.

Une des extrémités de l'aiguille est percée de deux trous par où passent deux fils dont l'un est suturé à la langue elle-même et l'autre attaché à l'aide d'un leukoplaste à la paroi de la joue.

La dimension de la tumeur et son volume ayant été délimitée on place les aiguilles à 1 cm. les unes des autres sur un ou deux plans perpendiculaires, de façon à irradier régulièrement toute la tumeur et une zone de 8 à 10 mm. au delà des limites de la lésion.

On évite de placer des aiguilles à moins de 0,5 cm. du bord de la langue, pour éviter la nécrose du maxillaire. On laisse les aiguilles en place 7-8 jours selon REGAUD, de la Fondation Curie. On prend une radiographie de l'implantation pour le calcul des dimensions et du temps d'irradiation nécessaire. La marge est faible entre la dose suffisante et le surdosage. On donne en moyenne 6000 à 8500 r dose calculée selon la table de QUIMBY, ou encore

10-12 mc = 1.330-1.596 mgr/heure pour tumeurs du stade I

15-20 mc = 1.995-2.660 mgr/heure pour tumeurs du stade II-III

20-28 mc = 2.660-3.74 mgr/heure pour tumeurs du stade IV.

Les aiguilles sont enlevées par section des fils de suture en temps voulu.

Les aiguilles produisent peu de gêne sauf le premier jour. On y remédie au moyen d'anesthésiques légers tels que pyramidon, au besoin pulvérisation de cocaïne. Le malade est nourri à la sonde pendant toute la durée de l'implantation, les liquides peuvent être don-

nés per os. au besoin par voie intra-veineuse. La bouche est irriguée toutes les 3 heures, avec de la pénicilline. Le sommeil est assuré par des sédatifs. Si la langue, comme c'est habituellement le cas apparaît chargée, elle peut être nettoyée avec un tampon de glycérine. Le malade peut retourner chez lui le lendemain du jour où les aiguilles ont été retirées. mais il doit revenir à l'hôpital une dizaine de jours après, une glossite se formant avec membrane blanche uniforme, brûlures.

La curiepuncture peut éventuellement être suivie, 10-14 jours après, de téléroentgenthérapie externe par deux champs latéral et sous-mental, la dose tumorale atteignant 2.500-3.000 r (ELKINS) (8) 6.100 r à la peau bien supportés selon RICCABONA et WASSEN-BURGER (27).

3. Télécuriethérapie

Cette méthode est indiquée entre autres pour lésions des vallecules, de l'épiglotte, des sillons glosso-palatins ou des régions postéro-latérales avec extension vers la muqueuse alvéolaire ou le palais et lorsque la santé du malade ne permet pas l'opération.

La méthode nécessite de fortes quantités de radium : 3 et 5 gr. et deux appareils. Un filtre de Ph de 6 mm., la distance radium-peau est de 6 à 10 cm., les champs sont de 5 cm. de diamètre. Il peut y en avoir 5 ou 6 : deux sur la tumeur primitive, 1 sur les ganglions cervicaux supérieurs, 1 sur le triangle sous-maxillaire, 1 sur la région sus-claviculaire. On donne 4000-5000 r γ /champ, 1 traitement par jour 1100 r γ dose cutanée pendant 1 heure et demie-2 heures (9-11 r γ /minute). En 15-20 jours la tumeur reçoit 5000-5500 r γ . Cette dose provoque une dermite exsudative et une épithélite de la muqueuse sur la tumeur. Il persiste le plus souvent un petit résidu de tumeur primitive après 2-3 mois qui est alors traité par électro-coagulation. S'il existe encore des métastases cliniques, les ganglions sont alors excisés selon la méthode de Crile. (BERVEN) (28).

4. Rœntgenthérapie :

a) Endobuccale de contact, au moyen d'appareils introduits dans la bouche (tubes coudés ou en pointe de Chaoul) pendant un temps très court, pour les tumeurs de la base.

b) Teleroentgenthérapie : 200 kv. 10 ma. 50 cm. de distance filtre de 0.5 mm Cu. 2 champs latéraux. dose journalière : 300-400

r7 / ; dose totale/champs à la peau : 2000-6000 r. Durée du traitement : 3-4 semaines.

La roëntgenthérapie est indiquée en cas d'envahissement massif de la langue avec ganglions bilatéraux, de dépassement de la ligne médiane avec ganglions bilatéraux, de grosses masses ganglionnaires adhérentes à la carotide interne, de récurrence locale après curage des ganglions, de tissus cancéreux résiduels après exérèse de la lésion.

La radiothérapie transcutanée à sa disposition trois portes d'entrée principale : un champ sous-maxillaire et deux champs latéraux.

La roëntgenthérapie trouve un emploi également dans le traitement des ganglions adhérents, les doses sont alors de 4000 r par champ de 8×10 cm. ou de 10×15 , à raison de 200-250 r par jour. Occasionnellement, 1000 r-1500 r supplémentaires sont donnés sur quelques ganglions individuels.

Complications de la radiothérapie :

- Radioépithélite la deuxième ou troisième semaine ; ulcération nécrotique,
- stéoradionécrose du maxillaire, surtout fréquent lors de traitement interstitiel et externe combiné. Se produit 5 mois à 6 ans après le traitement. On assiste à l'expulsion de petits séquestres et à la guérison, mais il peut aussi subsister une fistule. L'exérèse est peu satisfaisante.
- Hémorragies ;
- Ankylose de l'articulation temporo-maxillaire : complète, elle gêne l'alimentation, ne permettant plus que l'alimentation liquidée. Elle est d'un très mauvais pronostic.

5. Traitement des métastases ganglionnaires :

L'évidement chirurgical des ganglions est préférable à leur irradiation qui est réservée aux cas de ganglions adhérents ou de lésions de la base avec envahissement ganglionnaire.

Certains auteurs sont opposés à l'évidement ganglionnaire de principe à cause de son inutilité parfois et se limitent à exciser les ganglions dans les cas où ils sont palpables et mobiles, même sans preuve histologique de leur malignité. Rappelons qu'en ces cas, il se peut que les ganglions ne soient pas porteurs de cellules cancéreuses.

En cas d'hypertrophie des ganglions, ils sont excisés même s'il faut pour cela sacrifier des nerfs ou des muscles, les artères carotides seules sont conservées parce que vitales.

L'opération enlève le fascia profond du maxillaire à la clavicule, enlevant au besoin le muscle sterno-cleido-mastoïdien, le ventre antérieur de l'omo-hyoidien et souvent le ventre postérieur du digastrique. Il faut pour procéder à cette intervention que la lésion primitive soit guérie en cas d'irradiation ou de curiepointure préalable, et elle ne doit se faire en ce cas que 6 semaines plus tard. Les ganglions doivent en outre être mobiles.

L'évidement ganglionnaire peut être suivi d'une irradiation par téléradiumthérapie ou par les rayons X.

En outre, lorsque les ganglions sont adhérents ou mal limités, on leur donne par irradiation externe 3500-4000 r par champ. L'implantation d'aiguilles de radium dans les ganglions risque de provoquer de la fibrose et des cicatrices très douloureuses.

En outre, la mortalité opératoire est de 2 % seulement. En cas de lésion infiltrante ou dépassant la ligne médiane, il va de soi que l'évidement ganglionnaire doit être bilatéral.

Les récidives ganglionnaires sont graves surtout lorsque celles de la lésion primitive les accompagnent.

IX. PRESENTATION DE CAS

Nous présenterons maintenant, pour illustrer cette étude, une série de 17 cas traités ces dernières années à la clinique d'Oto-rhino-laryngologie de Genève, sous la Direction de Monsieur le Professeur André MONTANDON. Nous ne disposons malheureusement pas encore d'un recul de temps suffisant pour juger des résultats des diverses méthodes de traitement utilisées. Nous pouvons cependant déjà faire les observations suivantes :

L'âge moyen des malades est de 61,8 ans. Il y a parmi eux une proportion de 3 hommes pour 1 femme. Un cas sur deux présentait déjà des adénopathies à l'entrée dans le service où il venait consulter pour la première fois. La thérapeutique qui fut le plus souvent appliquée fut l'implantation de Radium à la dose de 8-10 mcd,

auquel on ajouta deux fois le Cobalt et 5 fois la roëntgenthérapie à la dose de 3900-13.400 r.

L'exérèse chirurgicale de la tumeur fut pratiquée dans un tiers des cas, complétée deux fois par l'irradiation.

Des récidives se produisirent chez 5 malades et l'on eut à déplorer 6 radionécroses, dont deux séquestres de maxillaire. On ne rencontra jamais la syphilis dans les antécédents, 5 fois un tabagisme certain et deux fois de l'alcoolisme ou une prothèse.

La lésion se présentait le plus souvent (6 fois) sous l'aspect d'une ulcération. Elle siégeait 6 fois à la base, 6 fois elle était marginale, trois fois au tiers antérieur. On observa 9 guérisons ne remontant toutefois pas à 5 années, 6 récidives locales ou ganglionnaires et la nécrose fut la plus fréquente (7 cas) des complications.

Premier cas.

Entrée 30.5.1956.

Sortie 21.6.1956.

Le malade *P. Dominique* est un homme de 61 ans qui remarque en décembre 1955 une algie retro-angulo-maxillaire gauche. Douleurs lors de la déglutition avec irradiations vers l'oreille gauche. Il consulte un spécialiste qui l'envoie dans le Service. Dans ses antécédents personnels on révèle qu'il fume un paquet de cigarettes par jour et boit un litre de vin rouge par jour. Le malade a une double prothèse dentaire, une adénopathie laterocervicale droite. Il est en bon état général. L'examen des différents systèmes ne révèle pas d'anomalie. Le status local montre la présence d'une ulcération à la base de la langue du côté gauche avec extension vers la base du pilier antérieur et le pôle inférieur de l'amygdale et une propagation vers la ligne médiane de la langue. Une biopsie révèle un carcinome à globes épidermiques.

On fait un traitement au ra. 12 ½ mcd 100 h.

Ensuite on fait un traitement radiologique au Télécobalt pendant deux mois 30 séances, 6000 r. sur la région tumorale et un peu plus sur l'adénopathie satellite gauche.

Le malade a bien supporté le traitement. Les réactions muqueuses se sont améliorées avec une solution de methionine. La région tumorale est tout à fait souple, l'adénopathie a disparu. Guérison complète.

13.12.1956. Le malade fait une nécrose à la base du pilier postérieur d'environ 1 cm. de diamètre. Nous estimons qu'il faut penser à une nécrose simple sans association avec un neoplasme.

Deuxième cas.

Entrée 8.8.1955.

Sortie 15.10.1955.

Sans profession.

La malade *D. Ruth* est une femme de 57 ans qui remarque en 1953 un point blanc sur l'amygdale gauche. Douleurs lors de la déglutition qui se sont augmentées dernièrement.

Elle consulte un spécialiste qui l'envoie dans le service.

Ses antécédents et l'examen des différents systèmes ne révèlent pas d'anomalie. Elle est en bon état général.

Adénopathies sous maxillaires gauches.

Le status local montre une ulcération à la base de la langue.

Une biopsie révèle le diagnostic d'un carcinome basocellulaire très atypique.

Traitement : on commence par les antibiotiques, puis aiguillage de radium 15 mcd 177 h.

Deux semaines plus tard : radiothérapie : on atteint 10.000 r. en deux mois. La tumeur réagit peu, donc pronostic réservé, mais la malade quitte le service.

Le 3.12.1955, au contrôle, on constate que la muqueuse de la base de la langue ne semble pas montrer de particularité. Pas d'adénopathie. Pas d'induration du plancher de la bouche. L'état de la patiente est très bon.

22.11.1956. L'ulcération est bien nettoyée : la patiente a repris 4 kg.

8.7.1957. La malade va très bien. A repris du poids.

Pas de récurrence pour l'instant.

Troisième cas.

Entrée 6.7.1953.

Sortie 17.8.1953.

Profession : manœuvre.

Le malade *B. Oscar* est un homme de 61 ans traité pour un carcinome de la base de la langue marginale à droite, par un aiguillage au Ra et par des R.X. il y a 4 ans.

Il entre dans le service parce qu'il se plaint de douleurs.

A ses antécédents et à l'examen des différents systèmes, on ne relève pas d'anomalie. Le status local montre une dépression de la mandibule droite. C'est une fracture spontanée de la mandibule. Récurrence ? La biopsie confirme le diagnostic. On pratique une

sequestrotomie du maxillaire inférieur sur une longueur de 5 à 6 cm. Suites opératoires : bonne consolidation de l'arc mandibulaire.

Le 28.11.55 il revient dans le service parce qu'il remarque une adénopathie surclaviculaire droite, dure. Dysphonie depuis 1.5 mois. Il s'agit d'une adénopathie métastatique 7 ans après un carcinome spinocellulaire de la base de la langue. On fait un traitement de Ra 7 mcd. Puis R.X. 8000 r. 2 mois. On palpe, plus d'adénopathie. Le 7.12.1955 il quitte le service. Le 5.6.1956, le malade revient. On constate une infiltration de la région jugulaire droite. Récidive probable. La biopsie le confirme. On donne de Ra 8 mcd. Le 16.6.1956 sortie. Bon état.

Quatrième cas.

Entrée 23.4.1953.

Sortie : 8.8.1953.

Profession : employé.

Le malade *R. Jean* est un homme de 62 ans qui remarque en janvier 1953 une dysphonie et une dysphagie. Depuis, il a maigri de 6 kg. Ces derniers jours il a des otalgies. Il consulte un spécialiste qui l'envoie dans le service.

Son état de nutrition est satisfaisant. Il buvait 2-3 litres de vin blanc par jour. Adénopathies sous mandibulaire droite, axillaires, inguinales. Il y a une prothèse supérieure. Le status local montre une énorme néoplasie bourgeonnante, noirâtre et ulcérée envahissant toute la base de la langue et l'épiglotte. La biopsie révèle un carcinome à globes épidermiques. On fait une trachéotomie et une gastrostomie pour mettre au repos la tumeur, puis traitement au R.X.

Ensuite du Ra 18 mcd 120 h. On arrive à 8700 r. pendant 2.5 mois. On constate une radioépithélite sur le palais et la base de la langue, administration de Bécozyne-Bépanthène. L'ulcère a disparu.

Le 20.10.1953, le malade revient à cause d'une tuméfaction au-dessus de l'orifice de la trachéotomie. Pas de signe d'activité de l'ancien néo. Traitement : Pénicilline-Streptomycyne. Le 6.3.1954, il quitte le service.

Le 12.4.1954, on supprime la canule trachéale et la sonde de gastrostomie. Mais on constate une tuméfaction latéro-cervicale et il entre dans le service. Pas de signe d'activité de l'ancien néo, donc métastase cervicale droite. On fait des Antibiotiques-antimitotique. Radium 7 mcd. R.X. 3900 r. Nette fonte des masses néoplasiques.

Le 5.6.1954, il quitte le service guéri.

Le 10.10.1955. il revient dans le service à cause d'une ulcération inflammatoire de la luvette. néoplasique ou poste actinique.

L'examen histologique révèle des rares cellules suspectes disséminées. On fait une résection large de l'ulcère par électrocoagulation. Cicatrisation complète. Le 24.10.1955 quitte le service.

Le 13.12.1956. présence d'une nécrose avec séquestre au niveau de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche. Nous ne constatons pas actuellement de signe de récurrence.

Cinquième cas.

Entrée 5.7.1946.

Sortie 16.8.1946.

Profession : décorateur.

Le malade *C. Louis* est un homme de 48 ans qui entre à l'hôpital à cause d'une ulcération de la langue. On ne révèle rien de particulier dans ces antécédents héréditaires. Il fume 5-6 cigarettes par jour. Son état général est bon. mais il a maigri dernièrement. Pas d'adénopathie. L'examen des différents systèmes ne révèle pas d'anomalie. Le status local montre la présence d'une ulcération profonde avec les bords indurés à la surface inféro-latérale droite de la langue. dans sa moitié antérieure. En plus. une tuméfaction de la moitié droite de la langue jusqu'au tiers post. Une biopsie révèle qu'il s'agit d'un carcinome à globes épidermiques. On commence le traitement par le Ra : ensuite des R.X. pendant un mois. 6500 r.

L'état du malade est très satisfaisant. Cicatrisation de l'ulcère. Une année plus tard. contrôle : le malade se porte très bien sans adénopathie. et la région de l'ulcère est tout à fait souple.

Sixième cas.

Entrée 2.12.1953.

Sortie 13.2.1954.

Profession : mécanicien.

Le malade *D. Eugène* est un homme de 65 ans qui remarque en septembre 53 l'apparition d'une grosseur sous sa langue à gauche. Il consulte un spécialiste. Une biopsie révèle un carcinome à globes épidermiques. Le patient est alors envoyé dans le service. Le malade est en bon état général. Il fume un paquet de cigarettes par jour. On palpe une adénopathie sous maxillaire droit. La dentition est en mauvais état. Le status général et l'examen des différents systèmes ne montrent rien d'anormal.

Le status local montre sur le sillon alvéolo-gingival gauche du plancher buccal, près de l'embouchure du canal de Wharton, une masse bourgeonnante de 1 cm. de long et 1,5 de large avec une ulcération au centre. Une biopsie révèle qu'il s'agit d'un carcinome spinocellulaire. Le cas est jugé opérable. Extirpation dentaire avant l'intervention.

Réséction du bord alvéolaire, et incision au bistouri électrique de la partie inférieure de la langue depuis le frein jusque dans la région de la dernière molaire précédemment extraite.

En plus, on fait un traitement au R.X. 8.250 r. en deux mois. Les suites sont excellentes. Il existe une induration de la base de la langue à gauche d'origine cicatricielle probablement.

Septième cas.

Entrée 17.9.1954.

Sortie 16.10.1954.

Profession : électricien.

Le malade *B. André* est un homme de 55 ans qui remarque en juillet 1954 un endroit douloureux à l'angle de la mandibule gauche. Les douleurs deviennent de plus en plus fortes et une dysphagie s'installe. Le patient vient dans le service. Le statu général et l'examen des différents systèmes ne montrent rien d'anormal à part un amaigrissement de 8 kg. pendant les deux derniers mois. On palpe des adénopathies rétromandubulaires gauches. Prothèse dentaire partielle. Le statu local montre qu'en avant du V lingual, la muqueuse est surélevée, mamelonnée, indurée. La zone de prolifération s'étend jusqu'en arrière du V lingual. Une ulcération transversale peu profonde barre transversalement la langue à la partie antérieure de la tumeur.

Une biopsie révèle un ca pavimenteux du 1/3 moyen de la langue. On commence le traitement par les antibiotiques. Ensuite avec le Ra. 114h. 12 mc.

L'aspect est très satisfaisant. La lésion est souple. Pas de dysphagie.

26.1.1956. Le malade a repris 10 kg. et se sent bien. Nulle part d'infiltration. Mobilité de la langue bien conservée, à la palpation pas d'induration.

Huitième cas.

Entrée 1.9.1952.

Sortie 1.5.1953.

Profession : manœuvre.

Le malade *M. Albert* est un homme de 52 ans qui remarque une adénopathie et un amaigrissement depuis le mois de juillet 1952. Les symptômes s'aggravent et il vient en O.R.L.

Dans ses antécédents, on relève qu'il fut plusieurs fois soigné pour un éthylisme chronique et une cirrhose pigmentaire. Le status général et l'examen des différents systèmes ne montrent rien de particulier, à part une adénopathie maxillaire à gauche et une à droite.

Le status local montre qu'au niveau de l'insertion du frein de la langue existe une tumeur d'aspect rouge ulcérée et saignant. Cette tumeur a la grosseur d'une prune, elle est molle, friable et douloureuse. Une biopsie révèle qu'il s'agit d'un carcinome à globes épidermiques. Le cas est jugé opérable. On fait sauter au ciseau tout le rebord alvéolaire situé au-dessus y compris une racine dentaire incisive à droite. Au bistouri électrique, on clive ensuite la face inférieure de la langue en passant à 1 cm. au moins en dehors de la tumeur ce qui amène l'excision à proximité immédiate de la pointe de la langue. Les suites opératoires sont excellentes. On fait une prothèse. Ensuite R.X. 5.500 r. en 2 mois. Au mois de février 1953 une radio du maxillaire inf. montre deux zones claires de nécroses. On pratique un curetage à 1.5 cm. à g. de la ligne médiane du maxillaire inférieur, on arrive dans une cavité avec débris mucopurulentes. Curetage de la cavité. La biopsie révèle un tissu de granulation. La cicatrice est bonne. On note une forte traction sur la langue à gauche mais on envisage une plastique correctrice plus tard. Une année plus tard, le patient est examiné. Le plancher buccal est parfaitement cicatrisé. Il se porte très bien.

Remarque : En réalité cette tumeur fait partie du plancher buccal.

Neuvième cas.

Entrée 27.7.1953.

Sortie 7.11.1953.

Profession : ébéniste.

Le malade *C. Jérôme* est un homme de 69 ans qui remarque en mai 1953 une tuméfaction à la région droite de la base de la langue, indolore. Plus tard, une tuméfaction est apparue dans la région sous mandibulaire droite. Il consulte un spécialiste qui l'envoie dans le service.

Dans ses antécédents, on relève qu'il s'agit d'un cardiaque. Il suit un traitement à la digitaline. Le malade est en bon état général. Adénopathie cervicale. Le status local montre une tuméfaction ligneuse de la région postérieure droite de la base de la langue jusqu'à un travers et demi de doigt en avant du V lingual. Une biopsie révèle qu'il s'agit d'un carcinome.

On commence le traitement aux R.X. Ensuite, on fait un évidement ganglionnaire par la méthode de Roux-Berger. La biopsie révèle une métastase : aiguillage de Ra sur la base de la langue 9.3 mcd 36 h. Le traitement aux R.X. interrompu lors de l'évidement ganglionnaire reprend, et on atteint 3.600 r. en un mois. Mais on constate une fistule pharyngienne à la partie inférieure de la loge amygdalienne droite, due probablement au traitement radiologique. Après avivement des bords de la fistule, on la suture. L'état du malade est excellent. Fistule pratiquement fermée. Deux mois plus tard il revient dans le service en accusant des douleurs à la déglutition. Le status local révèle une petite fistule salivaire à la partie postérieure de la région sous maxillaire et une autre à la partie moyenne de la grande incision cervicale. Paralysie du nerf grand hypoglosse droit et ulcération crateriforme dans la partie descendante du sillon amygdalo-glosse droit. Un mois plus tard, le malade quitte le service, son état est très amélioré.

17.1.1957. nulle part on ne voit d'infiltration suspecte.

Dixième cas.

Entrée 13.9.1955.

Sortie 3.1.1956.

Profession : retraité.

Le malade *D. Amédé* est un homme de 70 ans qui remarque depuis 1937 une plaque blanchâtre du bord gauche de la langue. Depuis 6 mois cette plaque commence à devenir douloureuse. Il consulte le service de dermatologie qui l'envoie dans le service.

Il est en bon état de nutrition. Pas d'adénopathie. L'examen des différents systèmes ne révèle rien de particulier.

Le status local montre sur le bord gauche de la langue une plaque de leucoplasie de 3 cm. de long. et 1 cm. de large. Au milieu de cette plaque, il y a un bourgeon suintant de ϕ 1 cm., indolore. Une biopsie révèle une leucoplasie maligne. Donc il faut la traiter comme un carcinome. Ra. 15 mcd 66 h.

Evolution : bonne guérison locale. Le malade se plaint de brûlures localisées sur la cicatrice. On fait une anesthésie de IX, V₃.

La cicatrice se couvre périodiquement de fibrine (entretien de la lésion par le malade qui est content d'être à l'H.C.).

Le 30.1.1956 il revient dans le service.

On constate une ulcération géographique à fond plat, blanchâtre du côté gauche de la langue. Une biopsie révèle une escarre avec quelques cellules très suspectes. Donc escarre radiologique. On commence les ondes courtes. Ensuite l'ionisation.

15.4.1956. En bonne voie de cicatrisation. 31.8.1956. Intervention sur la mandibule gauche pour une séquestre. Le malade fait une poussée d'insuffisance cardiaque. La guérison locale semble obtenue et du point de vue cardiaque va bien. 18.10.56. quitte le service. Quelques mois plus tard exitus.

Onzième cas.

Entrée 28.7.1954.

Sortie 9.8.1954.

Le malade *T. Jean* est un homme de 76 ans qui remarque depuis 1953 des otalgies droites et l'impression de corps étrangers dans la bouche.

Il consulte finalement un dentiste qui l'envoie dans le service. Ses antécédents et l'examen des différents systèmes ne révèlent rien de particulier. Il est en bon état général. Il ne fume pas. Présence d'une adénopathie latérocervicale droite. Le status local montre une ulcération du bord droit du tiers moyen de la langue. Il s'agit d'un carcinome spinocellulaire. On commence le traitement par le Ra 17.5 mcd 116 h. Fonte de la tumeur en cours. On laisse sortir le malade pour 10 jours, et après on excisera la tumeur. Le 20.9.1954, il revient pour subir une excision d'une zone suspecte de néo. L'examen de la pièce révèle la persistance de foyers carcinomateux. Mais des biopsies de contrôle prélevées à la périphérie de la zone excisée se révèlent exemptes de néo. Cicatrisation en bonne voie. Le 2.10.1954 il quitte le service. Le 22.3.1956, il revient pour une ulcération du bord droit du tiers moyen de la langue avec un fond sale. Cette ulcération est douloureuse et saigne lentement. On pense à une récurrence carcinomateuse. La biopsie confirme le diagnostic. Un traitement radiologique n'entre pas en ligne de compte, une radionécrose pouvant se produire. La seule thérapeutique qui nous reste est une cautérisation et excision au bistouri électrique afin de créer une zone de fibrose autour du néo et ainsi limiter sa croissance. Le malade quitte le service pour quelques jours puisque le traitement n'est pas urgent.

Le 29.5.1955. Le patient entre d'urgence dans le service en état de précollapsus. Il a fortement saigné la nuit. A l'entrée il est livide. Il y a un fort saignement provenant du fond de l'ulcération. On procède alors à une ligature de la carotide externe droite. Transfusion. L'hémorragie cesse. Exitus le 8.6.1953.

Douzième cas.

Entrée 11.3.1952.

Sortie 13.5.1952.

Profession : employée.

La malade *T. Madeleine* est une femme de 49 ans qui remarque depuis 1951 un bouton sur la face inférieure gauche de la partie antérieure de la langue. La néoformation augmente graduellement et s'accompagne de douleurs.

Elle entre dans le service, en bon état général.

Pas d'adenopathie. Les dents sont en mauvais état. L'examen des différents systèmes ne révèle pas d'anomalie.

Le status local montre sur la face inférieure de la pointe de la langue une néoformation aplatie, ronde, indurée, de 1.5 cm., douloureuse à la palpation. Une biopsie révèle un carcinome à globes épidermiques. Le cas est jugé opérable. On procède à une excision de la tumeur au bistouri diathermique. Coagulation de la tranche de section. On commence les R.X. 13.400 r. en 2 mois. La cicatrice de la langue est parfaite, plus aucune douleur. Elle quitte le service.

Le 17.4.1954, elle revient pour fortes douleurs de la langue. Le status local montre une récidue. Envahissement de tout le tiers antérieur de la langue et de tout le plancher avec présence ddc. de ganglions inopérables. On estime préférable de ne pas faire de traitement radiologique. On commence avec les antibiotiques de Plenosal. L'anesthésie du sphéno-palatin et du maxillaire inférieur a diminué les douleurs. Plustard, injections de Plenosal intratumorales. Pas d'amélioration notable. Le 14. 9. 1954, transportée à l'Hôpital Nantua, morte peu après.

Il faut citer que le Plenosal est un extrait de gui qu'on utilise comme cytostatique.

Treizième cas.

Entrée 27.2.1956.

Sortie 4.3.1956.

Profession : comptable.

Le malade *L. Roger* est un homme de 47 ans qui au printemps 1955 se plaint d'une brûlure du côté droit de la langue. Il consulte un

médecin qui découvre un carcinome et l'envoie dans le service.

Dernièrement il a eu de la dysphagie. Sa voix est pâteuse. Bon état général, mais il a maigri de 4 kg. Pas d'excès d'alcool, ni de cigarettes, pas d'adénopathie.

Le status local montre une ulcération au bord droit de la langue avec envahissement du pilier antérieur. On fait un Tt. au Rr. 17 mcd. 125 h. et antibiotiques.

Le 4.3. 1956, sortie.

Le 17.9.1956 le malade rentre dans le service pour une persistance de tissus néoplasiques dans la langue. On fait un nouvel aiguillage de Ra 10 mcd.

Le patient va bien et il quitte le service le 29.9.1956. Le 27.5.1957 le patient commence à saigner fort de la bouche et il décide de venir dans notre service. Il se trouve dans un état de cachexie très avancé.

Fort trismus. Ligature de la carotide externe droite. Arrêt de l'hémorragie.

Le 17.6.1957. On fait une gastrostomie parce que la dysphagie persiste. Le status local montre une infiltration retroangulaire droite.

Quatorzième cas.

Entrée 1.5.1957.

Profession : comptable.

Le malade *D. Jean* est un homme de 60 ans qui vient dans le service pour une ulcération de la base de la langue. Les différents status ne montrent rien de particulier. Il est en bonne santé, pas d'adénopathies. Il a une prothèse. Le status local montre une ulcération de la base de la langue qui commence à envahir le pilier antérieur droit. Une biopsie révèle un carcinome spinocellulaire. On commence un traitement au Ra 12 mcd 100 h. et antibiotiques. Neuf jours plus tard, on commence la cobalthérapie.

Quinzième cas.

Entrée 29.1.1957.

Sortie 25.4.-957.

Profession : —

Le malade *S. Numa* est un homme de 82 ans qui entre à l'Hôpital pour une ulcération de la langue.

Il est en mauvais état général. Dans ses antécédents ainsi qu'à l'examen des différents systèmes, on ne relève rien de particulier.

Le status local montre la présence d'une ulcération du bord gauche de la langue, à deux doigts de la base, ronde, de 1 cm. de diamètre.

A la palpation, la langue est souple. Il n'y a pas d'adénopathie. Une biopsie révèle un carcinome spinocellulaire. On fait un traitement de 18 seeds de Radon de 9 med. La réaction n'étant pas satisfaisante, le professeur SARASIN propose de reprendre un nouvel aiguillage six jours plus tard. On place 18 seeds de Radon, de 9 med.

Le 25.4.1957, le malade va bien et quitte le service.

Seizième cas.

Entrée 22.1.1957.

Sortie 17.2.1957.

Profession : ménagère.

La malade *G. Philomène* est une femme de 72 ans qui a été opérée en avril 1956, à Sion pour un néo spinocellulaire de la langue puis soignée par un traitement aux R.X. 3.700 r. Au mois de janvier 1957 elle entre dans le service, pour une récurrence. La malade se plaint d'une sensation de corps étrangers dans l'arrière-gorge. Dans ses antécédents on ne relève rien de particulier. Le status local montre un noyau carcinomateux dans le 1/3 antérieur de la langue, pas d'adénopathie. On fait une excision au bistouri électrique suivi d'un aiguillage au Ra 17 med. 126 h.

A la sortie on voit au niveau de la plaie opératoire un tissu nécrotique.

Le 9.4.1957, la malade rentre pour une nouvelle récurrence. Le status local montre un noyau carcinomateux à la pointe, pas d'adénopathie. On fait une excision de la pointe de la langue. La biopsie révèle un carcinome spinocellulaire. Le 17.4.1957, la malade quitte le service.

Dixseptième cas.

Entrée 4.2.1957.

Sortie 27.2.1957.

Profession : ménagère.

La malade *M. Berthe* est une femme de 65 ans qui remarque en décembre 1956, la présence d'une zone blanchâtre sur le bord gauche de la langue.

Souffrant de rhinite, elle consulte un médecin qui remarque la zone linguale suspecte et il nous adresse la patiente. Le status général et l'examen des différents systèmes ne montrent rien de particulier à part un amaigrissement de 13 kg. depuis 1 1/2 an.

Le status local montre la présence d'une macule blanchâtre de 2 cm. à la jonction du tiers moyen et du tiers postérieur gauche de la langue. Une biopsie révèle un carcinome spinocellulaire très atypique. On fait un traitement au Ra. 9 aiguillages pour 18 mcd. A la sortie, début de radioépithélite sur la langue. Le 29.4.57, la patiente entre à nouveau dans le service pour un bourgeonnement suspect de la langue. La biopsie révèle un état cicatriciel atrophique et le 2.5.1957 la malade quitte le service.

X. CONCLUSION

De tous les cancers relativement rare, le cancer de la langue atteint surtout des sujets de 50 à 60 ans, et les hommes 3 fois plus souvent que les femmes, qui supportent en outre mieux l'affection. On relève, parmi les causes prédisposantes, l'irritation mécanique de la muqueuse linguale par une dent avariée ou une prothèse, la syphilis qui est présente dans 25 à 40 % des cas, la leucoplasie, le tabagisme et l'alcoolisme qui agissent par l'intermédiaire de l'avitaminose B.

Le carcinome est le plus souvent spinocellulaire et la lésion primitive qui est parfois bourgeonnante, prend volontiers l'aspect d'un ulcère à bord et à fond induré, indolore au début.

Le siège de la lésion a une grande importance, tant pour le choix de la thérapeutique que pour le pronostic, ce dernier étant d'autant plus mauvais que la lésion est située plus en arrière.

La dimension de la lésion est également un élément de pronostic, mais le facteur décisif est la présence ou l'absence de métastases ganglionnaires. Les lésions qui dépassent la ligne médiane essaiment des deux côtés. La propagation par voie veineuse de la généralisation sont exceptionnelles. La tumeur se propage par continuité vers les piliers du voile du palais, le plancher de la bouche et le pharynx. La propagation lymphatique se fait vers les ganglions cervicaux unilatéralement dans le 94 % des cas.

Le malade qui vient consulter est déjà porteur de métastases ganglionnaires dans 35 % des cas et dans plus de la moitié des cas lorsque le cancer siège à la base.

La vue et la palpation ne renseignent pas exactement sur la présence de métastases ganglionnaires. Il est en effet assez fréquent qu'elles existent en l'absence d'hypertrophie ganglionnaire et tous les ganglions palpables ne sont pas non plus porteurs de cellules cancéreuses. Ils sont en effet souvent seulement inflammatoires.

La symptomatologie, outre la lésion bourgeonnante, parfois saignante, ou ulcéreuse à base indurée et infiltrée, longtemps indolore, consiste en dysphagie, dysphonie, difficulté à tirer la langue en avant, hémorragie, amaigrissement, adénopathies cervicales ou sous-mentaires.

Le diagnostic se fait par l'interrogatoire, la vue, la palpation et la biopsie qui est nécessaire au diagnostic de certitude et à la connaissance du type histopathologique dans tous les cas.

La lésion peut prêter à confusion avec un ulcère tuberculeux, un chancre syphilitique, et quelques autres lésions infectieuses.

On dispose de plusieurs méthodes de traitement qui ont chacune leurs indications particulières et peuvent en outre se combiner avantageusement.

La chirurgie, sous forme d'hémiglossectomie partielle est réservée aux lésions limitées du tiers antérieur. Elle peut aussi s'attaquer grâce à la pharyngotomie latérale transmaxillaire, aux lésions envahissantes de la base de la langue. Elle est en outre l'arme de l'évidement ganglionnaire latérocervical, lorsque ceux-ci sont encore mobiles.

L'électrocoagulation diathermique, ou le bistouri électrique, permet de disséquer la tumeur en obturant les vaisseaux lymphatiques à distance, par la chaleur qui se dégage dans les tissus.

Mais, la méthode de choix est la curiepuncture ou implantation d'aiguilles de radium. On veille à extraire auparavant les dents cariées et à désinfecter les dents restantes, pour diminuer les risques de surinfection. Les aiguilles qui contiennent 1 à 3 mgr. de radium sont implantées à la périphérie de la tumeur en palissade sur un ou plusieurs plans, selon les dimensions de la tumeur, elles sont fixées par des fils à la langue et aux joues ; les aiguilles sont laissées en place environ une semaine afin de dispenser 6000 à 9000 r γ .

On peut y adjoindre ou y suppléer par la télécuriethérapie pour les tumeurs du plancher, à l'aide de 3 à 5 grammes de radium placé à 6 ou 10 cm. de la peau. On donne ainsi 5000 à 5500 r γ en 15 à 20 jours.

La röntgenthérapie endobuccale ou externe trouve ses indications en cas d'envahissement de la langue et des ganglions, et lors de ganglions adhérents.

L'irradiation comporte quelques inconvénients et produit parfois, outre la radioépithélite habituelle, des radionécroses.

Le traitement des adénopathies qui consiste en l'évidement chirurgical de la région cervicale, peut être fait dans tous les cas (évidement de principe) ou seulement lorsqu'il existe des ganglions métastatiques palpables. Lorsqu'on a irradié la tumeur primitive, on y procède 6 semaines après si la lésion est guérie. On peut le faire suivre de télécuriethérapie ou de téleroentgenthérapie, qu'on applique seule lorsque les ganglions sont déjà adhérents.

Malgré ces divers moyens thérapeutiques, la guérison de 5 années reste limitée à environ 25-30 % des cas globaux, et cette proportion s'abaisse encore en cas de métastases ganglionnaires ou de tumeurs de la région postérieure de la langue.

XI. BIBLIOGRAPHIE

1. DOULAN, CH.P. — *Irradiation in cancer of the tongue*. Amer. J. Roentgenol 60 (4) : 511-521, 1948.
2. CADE ST. — *Treatment of cancer of the tongue*. Am. J. Roentgenol 63 : 716-718, 1950.
3. RAHANSEN, A. et SAYAGO, C. — *Treatment of carcinoma of the tongue*. Am. J. Roentgenol 71 : 243-250, 1954.
4. BERRIDGE, F.E., JAMES, A.G. — *The Management of lingual cancer Surg., Gyn., & Obst.* 103 (5) 595-606, 1950.
5. MARTIN, H.E. et coll. — *Cancer of the tongue*. Arch. Surg. 71 : 888-936, 1940.
6. RICHARDS, G.E. — *Treatment of cancer of tongue*. Am. J. Roentgenol. 47 : 191-206, 1942.
7. SIMPSON, F.E. — *Lead radon tubules in treatment of carcinoma of tongue*. Radiology 31 : 401-411. 1938.
8. ELKINS, H.B. — *Carcinoma of the tongue*. A study of the cases treated at the university Hospitals, Iowa City, Iowa, between the years 1930 and 1944. Am. J. Roentgenol 68 : 81-88, 1952.
9. Sir STANFORD CADE. — *Discussion on the treatment of cancer of the tongue*. Proc. Roy. Soc. of Med. 40 : 409-418, 1946-47.
10. LAIN, ULLMANN, REINHARDT, HOLLANDER, REED, ROOME, DAHLBEY, QUICK. — Cités par DARGENT & PAPILLON, in *Le Cancer du plancher de la bouche*, Masson Paris, 1955.
11. LEVIN. — Cité in DOULAN (1).
12. KAPLAN I.I. — *Treatment of cancer patients*. New York. State J. Med. 36 : 303-136, 1936.
13. SHREIMER, B.F. et BROWN, H.FR. — *Investigation of results obtained in cancer of tongue treated by radium and roentgens rays*. Am. J. Roentgenol, 15 : 207-210, 1926.
14. BEESON, B.B. — *Cancer of the tongue and syphilis with special reference to serology*. Cerol & Cutan. Rev. 40 : 575-576, 1936.

15. SARASSIN, R. — *Les manifestations successives des épithéliomes des muqueuses de la bouche sont-elles des récidives vraies ou résultent-elles de nouvelles concréscences ?* Arch. Inst. de radium et Fondation Curie, vol. III, fascicule I, p. 37-73, 74, Presse Universitaires de France, novembre 1933.
16. KHANOLKAR. — cité in DARGENT & PAPILLON (19).
17. BAUD. J. — *End results of radiotherapy of cancer of the tongue*, Am. J. Roentgenol 63 : 701-711, 1950.
18. TAILHEFER, A. — *Signes et diagnostic du cancer de la langue*. La revue du Praticien III (24) 1709-1712, 1953.
19. DARGENT M. & PAPILLON J. — *Le cancer du plancher de la bouche*. Masson, Paris 1955.
20. FINZI A. — *Radiologic I examination in tumours of the base of the tongue*. Minerva Otorinolaringoe Torino 1952 2/3 : 319-331.
21. DIAMANT, H. et HAMBERGER G. A. — *The risks of haemorrhage in carcinoma of the tongue*. Acta oto-Laryngologica. Stockholm 1949. 79 : 20136.
22. DARGENT, M. LONG TAN TRUONG. — *Le traitement du cancer de la partie mobile de la langue*. Etude critique. Lyon Chir. 47 : 970-985-1952.
23. RUSSEL H.E. — *Cancer of the tongue, mouth and Pharynx Sex difference in prognosis following radiotherapy*. Brit. Med. J. 4859 : 430-434, 1954.
24. LAMPE I. — *Ann. Arbor, Malignant neoplasm of the tongue, tonsil and hypopharynx : evaluation of radiation therapy*. Trans. Amer. Acad. Ophthal. Otolaryng. 1937-231-236.
25. BERVEN. — Cité par ELKINS (8).
26. DARGENT M. et GIGUOUX M. — *Pharyngectomie latérale trans-maxillaire dans le traitement des cancers étendus de la base de la langue et de l'amygdale*. Lyon Chir. 49 : 759-766, 1954.
27. RICCARBONA A. et WASSERBURGER K. — *Zur Therapie des Zungen grund Karzonomes*. Wien. Klin. Wchnschr. 67 : 90-92, 1955.
28. BERVEN E. — *End results of treatment of cancer of the tongue*. Am. J. Roentgenol 63 : 712-715, 1950.
29. L. TESTUT et A. LATARJET. — *Traité d'anatomie Humaine*. Tome III. Doin Paris, 508-532, 1949.
30. H. ROUVIERE. — *Précis d'anatomie* Masson, Paris, 205, 1949.

